Deutscher Bundestag **Drucksache 15/2099**

15. Wahlperiode 27. 11. 2003

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 15/2032 –

Fallpauschalenklassifikation für die Behandlung von Kindern

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Übertragung der australischen DRG's (Diagnosis Related Groups) auf deutsche Verhältnisse ist mittlerweile schon weit fortgeschritten. Damit wird zunehmend erkennbar, wie die Fallpauschalen aussehen werden, mit denen spätestens ab dem Jahr 2004 in den Krankenhäusern abgerechnet werden muss. Nach wie vor gibt es Bedenken, ob es gelingt, spezielle Behandlungsfälle adäquat abzubilden. Das gilt besonders für die Behandlung von Kindern, die teilweise einen deutlich höheren Aufwand verursacht als die Behandlung von Erwachsenen.

1. Welche Daten wurden der Ermittlung der neuen Fallpauschalenklassifikation zu Grunde gelegt?

In die Kalkulation des Fallpauschalen-Katalogs 2004 gingen insgesamt 2,1 Millionen Fälle aus dem Jahr 2002 ein. Die Daten spiegeln die Ist-Kosten und -Leistungsdaten von 137 Krankenhäusern wider, darunter 12 Universitätsklinika. Hinzuweisen ist darauf, dass jedes Krankenhaus die Möglichkeit hatte, sich an der Kalkulation zu beteiligen.

Ausführliche Informationen zur Kalkulation des Fallpauschalen-Katalogs 2004 werden dem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu veröffentlichenden Kalkulationsbericht zu entnehmen sein. In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Veröffentlichung der Kosten- und Leistungsprofile je kalkulierter Fallpauschale. Das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), strebt eine Publikation noch in diesem Jahr an.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 24. November 2003 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

2. Von wie vielen Kinderkliniken wurden Daten gesammelt und verarbeitet?

Von den insgesamt an der Kalkulation teilnehmenden 137 Krankenhäusern verfügten 125 Krankenhäuser über eine oder mehrere Abteilungen, welche auf Fragen der Kinder- und Jugendmedizin spezialisiert sind. In dieser Zahl enthalten sind vier Kinderfachkrankenhäuser sowie die zwölf Universitätsklinika mit ihrer hoch spezialisierten Versorgung von Kindern und Neugeborenen.

3. Wie viele Fälle (Kinder) wurden zur Beurteilung der Kostenhomogenität einer Fallpauschale berücksichtigt?

Insgesamt lagen für die Kalkulation rd. 250 000 Falldaten von Kindern unter 15 Jahren vor.

Dabei flossen auch Fälle aus insgesamt 27 pädiatrischen Spezialabteilungen wie Kinderonkologie, -kardiologie, -neurologie, -nephrologie, -orthopädie, schwerbrandverletzte Kinder und Aids-kranke Kinder sowie aus 30 neonatologischen Fachabteilungen in die Kalkulation ein.

Laut Kalkulationsregelwerk der für die Einführung des Fallpauschalensystems zuständigen Selbstverwaltungspartner war für die Bildung einer neuen DRG eine Mindestfallzahl von 30 vorgesehen. Diese wurde in begründeten Ausnahmefällen aber auch unterschritten. Hierdurch konnte erreicht werden, dass insbesondere bei der Kinderherzchirurgie eigenständige Fallpauschalen definiert werden konnten.

4. Wie ausgeprägt ist die Kostenhomogenität innerhalb der Fallpauschalen bei den untersuchten Kinderkliniken?

5. Bei welchen Fallpauschalen ist die Kostenhomogenität in Kinderkliniken am geringsten?

Insgesamt umfasst der neue Fallpauschalen-Katalog 28 pädiatrische sowie 38 neonatologische Fallpauschalen.

Im Gegensatz zu dem Fallpauschalen-Katalog des Jahres 2003 liegt bei dem neuen DRG-Katalog bei keiner Fallpauschale die Homogenität unter 51 Prozent. Außer einer Fallpauschale für Neugeborene, deren Homogenität bei 54 Prozent liegt, erreichen die pädiatrischen und neonatologischen Fallpauschalen hohe Homogenitäten von bis zu 80 Prozent.

6. Wie stark weichen die Kosten im Durchschnitt bei der Behandlung von Erwachsenen von der Behandlung von Kindern ab, und wie stark streuen diese Kosten bei Erwachsenen und Kindern?

Eine entsprechende Durchschnittskostenberechnung wurde vom InEK nicht vorgenommen. Vielmehr wurde der in den erhobenen Ist-Kosten nachgewiesene Pflege- und Betreuungsaufwand berechnet und in homogene Kostenklassen aufgeteilt. Bestehender signifikanter Mehraufwand gegenüber der Behandlung von Erwachsenen konnte damit abgebildet werden. Grundsätzlich wurde für jede Fallpauschale untersucht, ob ein Kostenunterschied bei der Behandlung von Kindern gegenüber der Behandlung von Erwachsenen besteht. Wo dies der Fall war, wurde ein Alterssplit vorgenommen.

7. Wie deutlich kann die Kostenhomogenität in Kinderkliniken durch die von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. vorgeschlagenen Alterssplits verbessert werden?

8. Können die entstehenden Kosten durch prozentuale altersabhängige Zuschläge zu den herkömmlichen Fallpauschalen (z. B. bei Kindern unter sechs Monaten erhält die Kinderklinik grundsätzlich eine Vergütung von 20 Prozent über der Fallpauschale von Erwachsenen) besser abgebildet werden, als in der Klassifikation des Fallpauschalenänderungsgesetzes 2004 oder bei der Verwendung von Alterssplits?

Die Berechnungen des InEK haben ergeben, dass die Gesamtgüte des Fallpauschalensystems sowie die Homogenität durch die von der GKinD vorgeschlagenen durchgängigen Alterssplits nicht verbessert werden kann. Weit über die von GKinD vorgeschlagenen Alterssplit-Klassen hinaus wurde jede Fallgruppe standardmäßig daraufhin untersucht, ob ein Kostenunterschied anhand von unterschiedlichsten Altersklassen sowie auch anhand von Kombinationen des Alters mit anderen Patientenkriterien festgestellt werden kann. InEK weist darauf hin, dass das Alter der Patienten und Patientinnen das am weitreichendst untersuchte Splitkriterium der diesjährigen Kalkulation sei. Hierdurch sei sichergestellt, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in den nicht nach Alter gesplitteten Fallgruppen nicht signifikant aufwändiger ist als die Behandlung von Erwachsenen.

Die Festlegung prozentualer altersabhängiger Zuschläge zu den Fallpauschalen ist nicht besser geeignet, die entstehenden Kosten abzubilden.

9. Wie unterscheidet sich die Abrechnung von Krankenhausbehandlungen bei Kindern im australischen Fallpauschalensystem von der im deutschen Fallpauschalensystem?

Das steuerfinanzierte australische Gesundheitssystem wird eigenständig von den einzelnen Bundesstaaten organisiert. Grundsätzlich erfolgt die Finanzierung der Gesundheitsversorgung im Wege einer Mischfinanzierung aus nationalen Steuermitteln und Aufwendungen der einzelnen Bundesstaaten. Das Budget wird den öffentlichen Krankenhäusern in der Regel in Raten zur Verfügung gestellt. Die Verteilung von nationalen und bundesstaatlichen Finanzmitteln für die stationäre Versorgung erfolgt dabei in der Regel über das DRG-System. Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland werden die DRG-Fallpauschalen nicht als Preissystem eingesetzt, sondern überwiegend zur Bemessung und Verhandlung der Höhe der Krankenhausbudgets genutzt, die in Australien in wesentlichem Umfang auch ambulante Leistungen beinhalten. Die einzelnen australischen Bundesstaaten setzen dazu das nationale AR-DRG-System (Australian Refined) ein, teilweise mit lokalen Anpassungen oder in unterschiedlichen Versionen. Das nationale AR-DRG-System, dessen Klassifikationsversion 4.1 Grundlage für den deutschen DRG-Katalog des Jahres 2003 war, wird somit als nationales Benchmarking-Instrument und zur Verteilung der Bundesfinanzmittel eingesetzt.

In einzelnen Leistungsbereichen werden zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen steuerfinanzierte Zuschläge auf das Gesamtbudget einzelner Einrichtungen („grants“) sowie Zuschläge auf Behandlungsfälle („copayments“) geleistet. Darüber hinaus wurden für einzelne Leistungen u. a. durch Nutzung von Alterssplits gesonderte DRG-Bewertungsrelationen für Kinder und Jugendliche ermittelt. Entsprechendes gilt auch für den deutschen DRG-Fallpauschalen-Katalog.

Eine fallbezogene Vergütung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt somit in Australien grundsätzlich nicht, vielmehr werden

entsprechende Leistungen über das Gesamtbudget des Krankenhauses abgerechnet. Die Höhe des Gesamtbudgets wird aber durch die über DRG-Fallpauschalen gemessene Leistung des Krankenhauses beeinflusst.

10. Welche Probleme treten bei der Vergütung mit DRG bei Kindern in Australien auf?

11. Wie wird diesen Problemen in Deutschland begegnet?

Die Bundesregierung hat keine Kenntnisse über Probleme, die bei der DRG-Vergütung von Leistungen, die für Kinder erbracht werden, in Australien auftreten.

Die Einführung eines deutschen Fallpauschalensystems erfolgt behutsam im Rahmen eines lernenden Systems, so dass eventuellen auftretenden Problemen flexibel begegnet werden kann.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333